

УДК 613.6:614.29:616-036.865  
DOI: 10.17816/pmj383141-152

## АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ НОРМАТИВНОЙ БАЗЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ЭКСПЕРТИЗЕ СВЯЗИ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПРОФЕССИЕЙ ЗА 40 ЛЕТ

*И.В. Бойко<sup>1,2</sup>, С.В. Гребеньков<sup>1\*</sup>, О.Н. Андреевко<sup>2</sup>, Н.Н. Логинова<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург,

<sup>2</sup>Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья, г. Санкт-Петербург, Россия

## ANALYSIS OF CHANGES IN REGULATORY FRAMEWORK OF THE RUSSIAN FEDERATION ON EXAMINATION OF RELATIONSHIP BETWEEN DISEASES AND PROFESSION FOR 40 YEARS

*I.V. Boiko<sup>1,2</sup>, S.V. Grebenkov<sup>1\*</sup>, O.N. Andreenko<sup>2</sup>, N.N. Loginova<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg,

<sup>2</sup>North-West Public Health Research Center, St. Petersburg, Russian Federation

**Цель.** Проанализирована эволюция отечественной нормативно-правовой базы в области экспертизы связи заболевания с профессией за период от 80-х гг. XX в. до настоящего времени.

**Материалы и методы.** Оценена нормативная база отечественной профпатологии в области экспертизы связи заболевания с профессией.

**Результаты.** Отмечено, что за указанный период времени в нормативных актах стабильно не имели удовлетворительного решения организационные вопросы экспертизы связи заболевания с профессией. Особенностью большинства нормативных документов в рассматриваемой области, вышедших в последнее время, является определенная логическая непоследовательность.

**Выводы.** Для радикального улучшения сложившейся ситуации требуется скорейшее принятие обязательных к применению на практике критериев доказательства профессионального происхождения расстройств здоровья работников.

**Ключевые слова.** Профессиональные заболевания, экспертиза связи заболевания с профессией, клинические рекомендации.

© Бойко И.В., Гребеньков С.В., Андреевко О.Н., Логинова Н.Н., 2021

тел. +7 (812) 543 06 20

e-mail: sergey.grebenkov@gmail.com

[Бойко И.В. – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры медицины труда; Гребеньков С.В. (\*контактное лицо) – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой медицины труда; Андреевко О.Н. – заместитель руководителя отдела клинических исследований по медицинской части и клинико-экспертной работе; Логинова Н.Н. – врач-невролог консультативно-поликлинического отделения].

© Boiko I.V., Grebenkov S.V., Andreenko O.N., Loginova N.N., 2021

tel. +7 (812) 543 06 20

e-mail: sergey.grebenkov@gmail.com

[Boiko I.V. – MD, PhD, Associate Professor, Professor of Department of Occupational Medicine; Grebenkov S.V. – (\*contact person) MD, PhD, Professor, Head of Department of Occupational Medicine; Andreenko O.N. – Deputy Head of Department of Clinical Research for Medical and Clinical-Expert Work; Loginova N.N. – neurologist, Consultative and Polyclinic Department].

The evolution of the national regulatory framework in the field of examination of connection between the disease and the profession for the period from the 80s of the twentieth century to the present is analyzed.

**Materials and methods.** The regulatory framework of domestic professional pathology regarding examination of relationship between diseases and profession is evaluated

**Results.** It was noted that for the specified period, in the normative acts the organizational issues of the examination of the connection between the disease and the profession did not have a satisfactory solution. A feature of most regulatory documents in the field under consideration, issued recently, is a certain logical inconsistency.

**Conclusions.** To radically improve the current situation, it is necessary to immediately adopt for practical application the mandatory criteria, which prove the occupational origin of health disorders in workers.

**Keywords.** Occupational diseases, examination of relationship between diseases and profession, clinical guidelines.

## ВВЕДЕНИЕ

Экспертиза связи заболевания с профессией традиционно является высококонфликтной сферой медицинской деятельности, так как от ее результатов существенно зависит материальное положение больных работников, страховщиков, а нередко и работодателей. Во многом в связи с этим в РФ из года в год воспроизводятся сотни судебных исков и досудебных жалоб по оспариванию результатов проведенных в данной области экспертиз. В создавшихся условиях представляется весьма актуальным вопрос о причинах их возникновения и путях профилактики массового повторения указанных ситуаций.

*Цель исследования* – обоснование направлений совершенствования нормативно-правовой базы отечественной профпатологии в области экспертизы связи заболевания с профессией.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы нормативно-правые акты в указанной области, принимавшиеся в СССР – РФ за период 1980–2021 гг., на предметах полноты и адекватности. Анализ выполнен на основании опыта практической работы врачей-профпатологов по проведению данных экспертиз.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

С 80-х гг. XX в. и до конца существования СССР нормативная база по рассматриваемому направлению была представлена приказами Министерства здравоохранения СССР (приказ от 19.06.1984 г. № 700 «О проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров», приказ от 29.09.1989 г. № 555 «О совершенствовании системы медицинских осмотров трудящихся и водителей индивидуальных транспортных средств»), в которых последовательно рассматривались вопросы организации медицинских осмотров работников и давались общие указания по диагностике профессиональных заболеваний (ПЗ). Каждый приказ такого рода содержал список ПЗ и инструкцию по его применению, в которой основные указания сосредотачивались на вопросах о том, кто и где проводит диагностику ПЗ.

Вследствие такой расстановки акцентов вплоть до периода 5–6-летней давности главной проблемой экспертизы связи заболевания с профессией была ее правовая неурегулированность в плане отсутствия конкретных и обязательных к применению критериев, на основании которых устанавливалась бы связь заболевания с профессией. Этот недостаток в период существования

СССР частично компенсировался рекомендациями из специальной медицинской литературы [1, 2].

Вопрос о необязательности исполнения такого рода рекомендаций не поднимался, так как система учета и расследования ПЗ в советский период была существенно проще. Медицинское заключение об установлении ПЗ само по себе порождало права больного на материальное обеспечение за ущерб здоровью. Акт о случае ПЗ составлялся врачом отдела гигиены труда учреждения санэпиднадзора без участия фонда социального страхования (ФСС). Возражения работодателей по поводу установления работникам диагноза ПЗ были большой редкостью.

Период реформ традиционных норм права начался через несколько лет после распада СССР. Его основными чертами были, к сожалению, логическая непоследовательность вновь принимаемых нормативных актов и своеобразная «фрагментация» указаний с разбросом по различным документам. Изданный 14.03.1996 г. приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ № 90 «О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии» еще содержал список ПЗ и инструкцию по его применению. Но без каких-либо комментариев и предварительных широких обсуждений число заболеваний, которые могли быть квалифицированы как профессиональные, оказалось сниженным<sup>1</sup>.

Принятый через два года важнейший федеральный закон от 24.07.1998 г. № 125 «Об обязательном социальном страховании

от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее – ФЗ № 125) в определении ПЗ содержал серьезный логический подвох. Согласно ст. 3 данного закона: «Профессиональное заболевание – хроническое или острое заболевание застрахованного, являющееся результатом воздействия на него вредного... производственного... фактора... и повлекшее временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности». По формальной логике ФЗ № 125 получается, что необходимыми критериями для признания диагноза ПЗ обоснованным является:

1. Наличие оплаченного договора страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний между работодателем и ФСС. Если же больной не застрахован, то и диагноз ПЗ оказывается не легитимным.

2. Развитие вследствие ПЗ хотя бы временной утраты профессиональной трудоспособности. В свете последнего тезиса получается, что профпатологи, регулярно устанавливающие, например, диагнозы профессиональной (шумовой) тугоухости легкой степени выраженности, когда еще нет никакого снижения трудоспособности, нарушают федеральное законодательство.

В 2000 г. выходит постановление Правительства РФ № 967 «Об утверждении Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний» (далее – Постановление № 967). Оно впервые установило постулат, что основным документом, определяющим права больного с ПЗ на получение материального возмещения за ущерб здоровью, является не медицинское заключение об установлении диагноза ПЗ, а акт о случае ПЗ. Введенный этим постановлением порядок составления акта о случае ПЗ комиссией с

<sup>1</sup> В частности, за счет ликвидации слов «и другие» в перечнях диагнозов заболеваний, в отношении которых допускалась связь с профессией.

участием работодателя и представителей ФСС существенно повысил риск оспаривания диагноза ПЗ со стороны организаций, которые объективно материально не заинтересованы в нем. В итоге стали воспроизводиться случаи, когда работодатель отказывается составлять или подписывать акт о случае ПЗ, ссылаясь на несогласие с логикой обоснования связи заболевания с профессией, или же ФСС прикладывает к акту особое мнение о некорректности диагноза ПЗ.

В такой ситуации была бы уместной четкая детализация критериев для введения единообразной и понятной системы обоснования связи заболевания с профессией. Но Постановление № 967 дало по этому поводу в пп. 10 и 14 весьма общие предписания: «Учреждение здравоохранения на основании клинических данных состояния здоровья работника и санитарно-гигиенической характеристики условий его труда устанавливает заключительный диагноз – ... профессиональное заболевание...». Другой важнейший нормативный документ – Трудовой кодекс РФ по поводу диагностики ПЗ не дает никаких конкретных указаний, а комментарии к нему лаконично отсылают к Постановлению № 967. Изданный в развитие Постановления 976 приказ Минздрава от 28 мая 2001 г. № 176 «О совершенствовании системы расследования и учета профессиональных заболеваний в Российской Федерации» в основном уточняет регламентацию делопроизводства, практически не затрагивая вопросы логики обоснования экспертного решения.

В приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12.04.2011 г. № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические меди-

цинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» (далее – приказ № 302н) по вопросам экспертизы связи заболевания с профессией остался лишь небольшой фрагмент из приложения 3 (п. 37 о необходимости направлении в профцентр больных, в отношении которых было составлено предварительное извещение о диагнозе ПЗ).

При этом в приказе № 302н периодически выявлялись, казалось бы, мелкие технические ошибки, которые годами не исправлялись и могли затруднить экспертизу связи заболевания профессией. Например, в п. 1.1.4.3.2 «Глина, шамот...» был указан общий индекс для этой группы веществ – «ФА», то есть фиброгенное и аллергенное действие. Следует ли из этого, что с воздействием пыли глины и шамота можно связать развитие аллергического варианта профессиональной бронхиальной астмы? Авторам, увы, не удалось найти публикаций об аллергенном действии таких силикатов.

Вступивший в силу 1 апреля этого года вместо приказа № 302н приказ Министерства здравоохранения РФ от 28.01.2021 г. № 29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические меди-

цинские осмотры» (далее – приказ № 29н), к сожалению, также не лишен недостатков в отношении проставленных подобных индексов. Например, в нем для вольфрама проставлен индекс «Ф» (фиброгенное действие), но никаких указаний на способность вольфрама вызывать аллергические реакции и альвеолиты с симптоматикой «металлической лихорадки» нет. Для выводящегося из употребления тетраэтилсвинца проставлен индекс «О» (остронаправленное действие), как для хлора, хотя главная опасность при приеме этого соединения свинца в высоких дозах – не токсическое действие на эпителий дыхательной или пищеварительной системы, а острый психоз.

Вскоре за приказом № 302н появился обновленный Перечень ПЗ (приказ Министерства здравоохранения от 27 апреля 2012 г. № 417н «Об утверждении перечня профессиональных заболеваний»). Введенный этим приказом Перечень ПЗ не имеет какой-либо инструкции по своему применению и даже преамбулы о своем назначении. Если сравнить действовавший до 2012 г. список ПЗ и действующий Перечень, то можно с сожалением отметить, что ныне уже не предусмотрена возможность диагностики таких типичных ПЗ, как невроты у педагогов и медицинских работников, варикозное расширение вен, которое довольно часто развивается от длительной работы стоя, исчез раздел о ПЗ голосового аппарата. Не был включен в данный перечень и широко распространенный в ряде профессий синдром эмоционального выгорания, хотя он присутствует в списке ПЗ Международной организации труда (МОТ).

К иным изъянам Перечня ПЗ можно отнести включение в посиндромные проявления профессиональных отравлений аллер-

гических реакций, а также отнесение остеоартрозов и координаторных невроты (в документе они числятся под названием «профессиональная дискинезия») к группе болезней мягких тканей от функционального перенапряжения

Кроме таких частных недоработок до настоящего времени сохраняется целый «пласт» не урегулированных даже «подзаконными» нормативными актами общих проблем, таких как:

1. Возможна ли диагностика ПЗ у так называемого «самозанятого» населения, представители которого выполняют официальные работы в качестве граждан-предпринимателей без трудового договора с работодателем? В таком качестве, например, трудится множество водителей транспортных средств, строителей-отделочников, массажистов и др.

2. Как конкретно решаются разногласия по вопросам диагностики ПЗ? Если такие разногласия рассматриваются в суде, то как должна выполняться экспертиза связи заболевания с профессией, назначенная определением суда? На практике судьи нередко по традиции направляют вопросы о корректности установления диагноза ПЗ в бюро судебно-медицинской экспертизы, которые вообще не имеют полномочий выполнять такие исследования. Но официальной критической оценки такая тактика до сих пор не получила. В последние годы ситуация несколько улучшилась в связи с организацией Центра профпатологии Министерства здравоохранения РФ, но никаких указаний для судов о его главенствующей роли в области экспертизы связи заболевания с профессией суды до сих пор не нет.

3. Какое следует принимать решение при неустранимой недостаточности данных об условиях труда и состоянии здоровья ра-

ботника за прошлый период времени? Характерными примерами таких ситуаций являются случаи, когда на экспертизу связи заболевания с профессией поступает работник с возникшим много лет назад явным ПЗ, занятый в типичной для развития такой патологии профессии, но медицинская документация о состоянии его здоровья на период формирования и появления первых признаков заболевания утрачена, данные об условиях труда за тот период в архивах не сохранились. Технология производства со времени дебюта вероятного ПЗ уже изменилась, и сведения санитарно-гигиенической характеристики (СГХ) условий труда за период последних пяти лет не являются вескими аргументами за наличие или отсутствия связи с профессией расстройства здоровья, сформировавшегося 10–15 лет тому назад. Ссылки в приказах Минздрава о возможности использования в таких случаях литературных данных или архивной документации по иным аналогичным производствам не обязательны к исполнению составителями СГХ, и на практике такая возможность используется далеко не всегда.

4. Практически не урегулирован вопрос о том, что делать центру (отделению) профпатологии в том случае, если представленная СГХ условий труда больного не содержит необходимых сведений или в ней обнаруживаются явно некорректные трактовки<sup>2</sup>? Эти и иные проблемы, связанные с составлением СГХ, воспроизводятся уже много лет [3].

Вместе с тем стали явно хуже возможности социальной защиты для больных

---

<sup>2</sup> Такие явления, например, возникают при некритическом механическом переносе в СГХ условий труда данных из документации специальной оценки условий труда, которая была выполнена с рядом изъянов.

с начальными и умеренно выраженными формами ПЗ из-за несогласованности нормативно-правовой базы профпатологии и медико-социальной экспертизы. По формальной логике приказа № 302н многочисленные группы больных ПЗ, например с начальными проявлениями нейросенсорной тугоухости, миофиброзами, полиневропатиями, остеоартрозами от физических перегрузок, не имели противопоказаний для продолжения работы в прежних условиях<sup>3</sup>. В приказе № 29н, сменившим приказ № 302н, трактовки такого рода сохранились и даже стали охватывать большее число диагнозов. В частности, профессиональные хронический пылевой бронхит и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) согласно приказу № 29н могут быть основаниями для установления противопоказаний к работе во вредных условиях труда, только если квалифицированы как «рецидивирующая форма заболеваний с частотой обострения четыре раза за календарный год и более». По многолетней практике приходится заключить, что столь высокая частота обострения указанных ПЗ не является типичной, особенно в дебюте их развития, когда и надо оперативно решать вопросы о смене условий труда больного.

Даже если такие противопоказания для других ПЗ и определяются, все равно перспектива получить адекватное страховое возмещение за потерю возможности работать в прежней профессии, где было получено ПЗ, нередко не реализуется из-за отказа

---

<sup>3</sup> Для ПЗ от воздействия физических перегрузок такие противопоказания определялись согласно приказу № 302н по критерию наличия трех обострений за год или более. Но при начальных проявлениях указанной патологии обострения с такой частотой отмечаются далеко не у всех больных.

органов медико-социальной экспертизы определить степень утраты трудоспособности из-за отсутствия или незначительности нарушения функций у пациента. Такой подход в массовом порядке побуждают больных скрывать начальные проявления ПЗ от официальной регистрации, чтобы избежать заключения о выявлении противопоказаний для продолжения привычной работы в ситуации, когда получить адекватное материальное возмещение по факту отстранения от прежней работы невозможно. А потом такое сокрытие начальных форм ПЗ осложняет экспертизу по выраженным случаям патологии, которая по формальной логике документов появляется как бы «вдруг» и сразу с выраженными проявлениями. В качестве примера приведем результаты наблюдения из собственной практики за группой, состоящий из более чем 260 больных с профессиональной полиневропатией, возникшей от физических перегрузок. Ни у одного больного диагноз не был поставлен своевременно. В течение не менее 3–5 лет работники скрывали начальные проявления ПЗ из опасения потери работы без адекватной материальной компенсации. 12 больных решились на фиксацию наличия неврологической патологии только после прекращения работы, что сильно осложнило доказательство связи заболевания с профессией и повлекло серию судебных процессов по оспариванию со стороны ФСС установленных диагнозов ПЗ. Примерно такая же ситуация была отмечена при анализе недостатков выявления признаков ПЗ среди медицинских работников [4].

Что касается принципиальной возможности диагностики начальных явлений профессионального остеоартроза, то с 1996 г. в действовавший список ПЗ и нынешний

перечень заложена еще более выраженная коллизия. Указанные нормативные документы предусматривают связь с профессией лишь остеоартроза, протекающего с нарушением функций. По формальной логике получается, что при выявлении такого заболевания у работника, имеющего длительный стаж работы в условиях физических перегрузок, в самом дебюте (как традиционно требуют приказы по проведению периодических медицинских осмотров) его следует квалифицировать как непрофессиональный, пока нет нарушения функций. А уже через несколько лет, когда вследствие продолжения работ во вредных условиях труда нарушения функций сформируются, то остеоартроз из непрофессионального можно переqualифицировать в профессиональный.

Явным положительным явлением последних лет является создание федерального Центра профпатологии Минздрава России при Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М. Сеченова, на который возложено право выполнения досудебных экспертиз связи заболевания с профессией в конфликтных случаях и рассмотрения особо сложных случаев. Но при упорстве работодателя или ФСС в отрицании связи заболевания с профессией решение данным центром конфликтного вопроса в пользу больного не влечет обязательных к исполнению последствий. По законодательству 90-х гг. прошлого века обязательное к исполнению досудебное решение о выплатах в пользу больного с диагнозом ПЗ имела право вынести инспекция по охране труда, но ныне и она лишена таких полномочий.

Также положительным сдвигом последних примерно пяти лет можно считать созда-

ние системы федеральных клинических рекомендаций (ФКР) по ряду довольно часто выявляемых ПЗ (ХОБЛ, нейросенсорная тугоухость, бронхиальная астма и ряд других) [5]. Но работа по их созданию требует существенного ускорения, так как большинство ФКР годами находятся на стадии разработки и обсуждения. Кроме того, на ряд распространенных ПЗ (миофиброзы, профессиональные заболевания периферической нервной системы от физических перегрузок, инфекции, связанные с заражением на работе) даже проектов ФКР пока нет, а в обозримом будущем из отсутствующих тем был анонсирован лишь выход документа по радикулопатиям. Изданное в 2011 г. национальное руководство по профессиональной патологии [6] не компенсирует и не может компенсировать недостающих ФКР в отношении экспертизы связи с профессией указанных заболеваний. К тому же оно издано до произошедшего в 2011–2012 гг. серьезного изменения нормативной базы профпатологии.

Начавшаяся в РФ в 2020 г. вспышка новой коронавирусной инфекции потребовала принятия ясных и обязательных к применению нормативных документов по проведению экспертизы связи этого заболевания с профессией у разных контингентов медицинских работников. Их отсутствие приводит к социальной напряженности среди медиков и ряда других специалистов (в частности, водителей машин скорой помощи), имеющих отношение к оказанию помощи подобным больным, вынуждает организовывать множество конфликтных комиссий, рассматривающих жалобы на отказы в страховых выплатах медицинским работникам, переболевших указанной инфекцией.

И даже при обеспечении ФКР практически всего перечня возможных диагнозов ПЗ

возникают вопросы по правовому статусу документа. Уже на стадии составления акта о случае ПЗ работодатели периодически заявляют о необязательности исполнения положений документов рекомендательного характера, к которым относятся ФКР.

В предлагавшихся к утверждению ФКР встречаются порой трудно выполнимые в реальной жизни предписания. Например, в случае подозрения на профессиональную бронхиальную астму у работника рекомендуется исследовать хронологию появления бронхиальной обструкции в условиях реального производства с помощью пикфлоуметрии. Но как на практике бригада сторонних медицинских специалистов пройдет на предприятие, и на каком основании она будет вмешиваться в производственный цикл, отрывая больного от трудовых обязанностей, чтобы он регулярно делал форсированный выдох в прибор?

Для ряда проектов ФКР типична ситуация с отсутствием четко обозначенного перечня необходимых и достаточных исследований для установления диагноза ПЗ. Допускаются не вполне корректные толкования, когда проявления, характерные для заболеваний как профессиональной, так и непрофессиональной этиологии, смешиваются с аргументами о профессиональной причине заболевания. Вот пример из проекта ФКР по профессиональному экзогенно-аллергическому альвеолиту [7]. В качестве диагностических критериев для связи хронического экзогенно-аллергического альвеолита с профессией предложены следующие:

1. Воздействие потенциально опасного антигена на рабочем месте.
2. Повышенный титр специфических преципитирующих IgG-антител к профес-



сиональному антигену или лимфоцитоз в жидкости бронхоальвеолярного лаважа.

3. Снижение диффузионной способности легких для монооксида углерода и/или гипоксемия в состоянии покоя или при физических нагрузках.

4. Паттерн видеоторакоскопической биопсии легкого, соответствующий хроническому экзогенно-аллергическому альвеолиту.

5. Морфологическая картина материала биопсии легкого соответствует хроническому экзогенно-аллергическому альвеолиту.

6. Положительный провокационный ингаляционный тест в лаборатории или на рабочем месте или улучшение после исключения контакта с предполагаемым профессиональным антигеном.

Согласно проекту диагноз хронического профессионального экзогенно-аллергического альвеолита может быть установлен, если имеются четыре критерия из перечисленных и более. Нетрудно заметить, что здесь смешаны критерии диагноза альвеолита вообще и критерии для связи уже верифицированного диагноза альвеолита с профессией. Критерии под номерами 3, 4, 5 могут быть положительными и при непрофессиональном альвеолите. А если на рабочем месте больного присутствовали производственные аллергены, то появляется формально необходимый минимум условий для связи заболевания с профессией, хотя, по сути, при таком наборе обстоятельств нет ни одного убедительного доказательства, что именно контакт с аллергеном на работе вызывал развитие изменений, указанных в пунктах с 3-го по 5-й.

Например, у электросварщика возник экзогенно-аллергический альвеолит от пыли пера домашней декоративной птицы, которая содержится в клетке в его квартире. Кри-

терии 3, 4, 5 при таком альвеолите будут положительными. А если будет получена информация, что больной в процессе сварочных работ вдыхал соединения хрома и вольфрама<sup>4</sup>, которые являются производственными аллергенами, то формируется формально достаточный набор оснований для признания альвеолита профессиональным.

Если рассматривать описанную ситуацию по существу, то наиболее важным аргументом для установления связи заболевания с профессией является доказательство сенсибилизации больного к производственному аллергену (первая часть предложения в вышеприведенном критерии 2). Но даже в Санкт-Петербурге нам не удалось найти ни одной лаборатории, которая бы определяла уровни иммуноглобулинов G и M к хрому и вольфраму. Для подобной ситуации был бы уместен комментарий с дополнительным критерием для исключения сенсибилизации путем уже внедренных в практику методик диагностики *in vitro* или *in vivo* к тем непродуцированным аллергенам, с которыми мог контактировать работник. Но такого условия в ранее приведенном перечне критериев нет.

В итоге, если пытаться привести вышеприведенные рекомендации к реалиям сегодняшнего дня, то получается вывод, что в большинстве случаев связь экзогенно-аллергического альвеолита с профессией может базироваться лишь на факте адекватно доказанного наличия альвеолита как такового и достоверных указаниях о работе больного в условиях воздействия производственных аллергенов [8].

<sup>4</sup> Хром содержится в легированных сталях и некоторых марках сварочных электродов, вольфрамовые электроды применяются для сварки алюминиевых сплавов.

Недавно вступивший в силу приказ Минздрава от 31.01.2019 г. № 36н «Об утверждении Порядка проведения экспертизы связи заболевания с профессией и формы медицинского заключения о наличии или об отсутствии профессионального заболевания» прибавил потенциальных проблем для придинок по процедурным моментам. Вот некоторые из них. Согласно п. 2 данного документа экспертиза связи заболевания с профессией проводится в отношении «работников, выполняющих работу по трудовому договору (контракту)». С формальной точки зрения получается, что проведение данной экспертизы в отношении прекративших работу больных не предусмотрено.

По предписаниям п. 6 вышеуказанного Порядка «для экспертизы связи хронического профессионального заболевания с профессией гражданин направляется в центр профессиональной патологии врачом-профпатологом медицинской организации по месту жительства или пребывания». Между тем во многих субъектах РФ ставки врачей-профпатологов в муниципальных медицинских учреждениях вовсе не предусмотрены штатным расписанием. Соответственно, нет ни штатных должностей профпатологов, ни официальных кабинетов профпатологии. В итоге, если направление на экспертизу связи заболевания с профессией оформлено не штатным профпатологом, то возникает формально корректная возможность оспорить результаты такой экспертизы с требованием их аннулирования просто на том основании, что она была инициирована не должным образом. Представляется, что было бы рациональным предусмотреть возможность выдачи такого направления при отсутствии штатного профпатолога специалистом

по профилю вероятного ПЗ (терапевтом, хирургом, неврологом и др.). Но в сложившейся ситуации вступивший в силу с 01.04.2021 г., приказ № 29н просто повторил положение 20-летней давности из Постановления № 967: «Работники, имеющие заключение о предварительном диагнозе профессионального заболевания, в месячный срок, с момента получения заключения, должны направляться медицинской организацией в центр профпатологии». В нем нет никаких разъяснений о том, какие же врачи медицинской организации должны оформлять направление в центр профпатологии, что обуславливает некоторую двойственность толкования из-за несогласованности двух документов.

Следует подчеркнуть, что на этом перечень проблемных вопросов при проведении процедуры экспертизы связи заболевания с профессией не исчерпывается, и усилия специалистов должны быть направлены на их последовательное устранение.

## Выводы

1. За рассматриваемый период времени в нашей стране была проделана большая работа по созданию адекватной нормативно-правовой базы в области связей заболеваний с профессией, и, таким образом, заполнялся многолетний «правовой вакуум», сложившийся в начале 90-х гг. прошлого столетия. Достаточно назвать такие основополагающие документы, как Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ, постановление Правительства № 967, целый ряд приказов Министерства здравоохранения РФ, включая недавно вышедший вышеуказанный приказ № 36н, ряд принятых

в последние годы ФКР. Они, несомненно, привели в определенный порядок ряд вопросов организации экспертизы связи заболевания с профессией.

2. Вместе с тем проделанная работа пока далека от успешного завершения. Ряд предпринятых усилий не всегда логичен, последовательность принимаемых решений, порой чрезвычайно сложной задачи экспертизы связи заболевания с профессией, не всегда совершенна. И по ряду нозологических форм (профессиональные инфекционные заболевания, ПЗ от воздействия физических перегрузок) эта проблема еще далека от адекватного решения.

3. Нуждаются в уточнении общие для разных групп ПЗ вопросы экспертизы организации связи заболевания с профессией, например особенности такой процедуры у прекративших работу больных, взаимодействие отделений профпатологии с органами Роспотребнадзора при получении формальных, не учитывающих важных особенностей условий труда работников СГХ, требуется детальная регламентация процедуры разрешения разногласий в отношении диагностики ПЗ и ее обоснования.

4. Желательно, чтобы Перечень ПЗ и иная нормативно-правовая документация согласовывалась с документами МОТ как по категориям важнейших классов ПЗ, так и по вопросам диагностики ПЗ у так называемого «самозанятого» населения, работников малого бизнеса. Нормативно-правовая база медико-социальной экспертизы и социального страхования должна быть реформирована для обеспечения адекватного страхового возмещения больным с начальными и умеренно выраженными формами ПЗ, если их развитие уже повлекло противопоказания для работы в основной профессии.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Грацианская Л.Н., Элькин М.А. Профессиональные заболевания конечностей от функционального перенапряжения. Л.: Медицина 1984; 127.

2. Дрогичина Э.А. Профессиональные болезни нервной системы. Л.: Медицина 1968; 272.

3. Бойко И.В., Гребеньков С.В., Виноградова Е.В., Дедкова Л.Е. Общие недостатки и проблемы при составлении санитарно-гигиенических характеристик условий труда с точки зрения врача-профпатолога. Санитарный врач 2014; 9: 26–30.

4. Петрухин Н.Н., Бойко И.В., Андреевко О.Н., Логинова Н.Н., Гребеньков С.В. Детекция профессиональных заболеваний у работников здравоохранения по результатам медицинских осмотров. Гигиена и санитария 2019; 98(6): 642–645.

5. Сведения о состоянии разработки и утверждении ФКР даются на основе информации официального сайта НИИ медицины труда им. акад. Н.Ф. Измерова, available at: <http://amt-oha.ru/fkr>.

6. Профессиональная патология: национальное руководство. Под ред. Н.Ф. Измерова. М.: ГЭОТАР-Медиа 2011; 740.

7. Клинические рекомендации: профессиональный экзогенный аллергический альвеолит. М 2020, available at: <http://amt-oha.ru/documents/fkr/FedClinRekPEAA.pdf>

8. Бойко И.В., Андреевко О.Н., Гребеньков С.В., Шалухо Е.С., Федоров В.Н., Орлова Г.П. Опыт совместной работы клиники профессиональной патологии (центра профпатологии) и отдела научного обеспечения санитарно-эпидемиологического надзора и экспертиз по установлению связи заболеваний с профессией. Гигиена и санитария 2018; 97; 12: 1239–1243.

## REFERENCES

1. *Gracianskaya L.N., El'kin M.A.* Occupational diseases of the limbs from functional overexertion. Leningrad: Medicina 1984; 127 (in Russian).
2. *Drogichina EA.* Occupational diseases of the nervous system. Leningrad: Medicina 1968; 272 (in Russian).
3. *Boiko I.V., Grebenkov S.V., Vinogradova E.V., Dedkova L.E.* General shortcomings and problems in drawing up the sanitary and hygienic characteristics of working conditions from the point of view of an occupational pathologist. *Sanitarnyi vrach* 2014; 9: 26–30 (in Russian).
4. *Petrubin N.N., Boiko I.V., Andreenko O.N., Loginova N.N., Grebenov S.V.* Detection of occupational diseases in healthcare workers based on the results of medical examinations. *Gigiena i sanitariya* 2019; 98(6): 642–645 (in Russian).
5. Svedeniya o sostoyanii razrabotki i utverzhenii FKR dayutsya na osnove informacii oficial'nogo sajta NII mediciny truda im. akad. N.F. Izmerova, available at: <http://amt-oha.ru/fkr> (in Russian).
6. Occupational pathology: national guidelines. Editor N.F. Izmerov. Moscow: GEOTAR-MEDIA 2011; 740 (in Russian).
7. Clinical guidelines: Professional exogenous allergic alveolitis. Moscow 2020, available at: <http://amt-oha.ru/documents/fkr/FedClinRekPEAA.pdf> (in Russian).
8. *Boiko I.V., Andreenko O.N., Grebenkov S.V., Sbalubo E.S., Fedorov V.N., Orlova G.P.* The experience of joint work of the clinic of occupational pathology (center of occupational pathology) and the department of scientific support of sanitary and epidemiological surveillance and examinations to establish the connection of diseases with the profession. *Gigiena i sanitariya* 2018; 97; 12: 1239–1243 (in Russian).

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Материал поступил в редакцию 09.04.2021